

健康保険 被保険者 埋葬料（費）請求書
家 族

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者証の	記号	番号	生年月日				
		—		<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	
	被保険者（請求者）氏名	フリガナ					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者（請求者）の現住所	〒						
	事業所名称							
	死亡した年月日	令和	年	月	日	死亡した原因	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	被保険者が死亡したための請求であるときは、被保険者の氏名							
	埋葬した年月日	令和	年	月	日	埋葬に要した費用	¥	
	被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の氏名							
被扶養者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者との続柄			

事業主の証明欄	埋葬した者の氏名		被保険者 被扶養者	死亡した年月日	令和	年	月	日
	上記のとおりお届けします。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 ()							

受取方法等	振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	普通 ・ 当座	口座番号			
		口座人名義			フリガナ			
	委任欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者（請求者）氏名						
代理人の		住所	〒					

被保険者証のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付印